

NAROČILNICA ZA GAMAGLOBULINE

Ime in naslov oddelka: Št. telefona:	Matična št.: _____ Priimek: _____ Ime: _____ Datum rojstva: _____
---	--

NAROČILNICA ŠT.:

NAROČAMO:

Polispecifične gamaglobuline: _____

Specifične gamaglobuline: _____

Količina: _____

Za dne: _____

PROSIM OZNAČITE ZA KATERO BOLEZEN NAROČATE GAMAGLOBULINE:

Terapevtsko v hematologiji:

- ☐ Sepsa z agamaglobulinemijo
- ☐ Rezistentna idiopatska imunska trombocitopenija hude stopnje (kot predpriprava na op. posege ali v posebnih okoliščinah – nosečnost oz. peripartalno obdobje)
- ☐ Aplastična anemija (antilimfocitni imunoglobulini)

Profilaktično v hem.: ob primarni in sekundarni imunski insuficienci

- ☐ Agamaglobulinemija
- ☐ Selektivno pomanjkanje ali odsotnost IgA, IgG, IgM
- ☐ Ataksija teleangiektazija
- ☐ Wiskott-Aldrich sindrom
- ☐ Huda kombinirana imunska insuficienca
- ☐ Limfoproliferativne in imunoproliferativne bolezni s sekundarno ali agamaglobulinemijo (plazmacitom, limfom)

V nevrologiji:

- ☐ Akutni poliradikulonevritis (sindrom Guillain-Barre)
- ☐ Kronična inflamatorna demielinizacijska polinevropatija (CIDP)
- ☐ Motorična nevropatija z multifokalnimi konduktivnimi bloki
- ☐ Miastenska kriza
- ☐ Multipla skleroza

V pediatriji:

- ☐ Idiopatska trombocitopenična purpura

PODPISNIKI:

1. Sobni zdravnik: _____

2. Predstojnik odd.: _____

3. Transfuziolog: _____

Datum: _____ Ura naročila: _____ Ura sprejema: _____

Telefonska številka Transfuzijskega centra: (03) 423 3760